

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 177

TRAITEMENT
DU
SPASME DE L'ŒSOPHAGE
PAR LA FARADISATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François ESPEZEL

Né le 29 Décembre 1874, à Espérazza (Aude)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 177

TRAITEMENT

DU

SPASME DE L'ŒSOPHAGE

PAR LA FARADISATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François ESPEZEL

Né le 29 Décembre 1874, à Espérazza (Aude)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Parasitologie.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. RENAUT, Président ; DURAND, Assesseur ;
MM. DOYON et PAVIOT Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET À MA MÈRE

Témoignage d'affection.

A la Mémoire
DE MA SŒUR LOUISE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

Sur la première page de ce modeste travail, au moment de quitter l'Université Lyonnaise, nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance à nos maîtres pour l'intérêt ou la sympathie qu'ils nous ont témoigné, au cours de nos années d'études.

Nous prions surtout M. le Dr Garel, médecin des Hôpitaux, de croire à l'excellent souvenir que nous conserverons du bon accueil que nous avons toujours trouvé dans son service et des excellentes leçons que nous avons prises en l'écoutant.

Nous voulons adresser aussi nos remerciements à M. le professeur agrégé Doyon, car c'est avec une extrême obligeance qu'il nous a guidé dans les quelques recherches physiologiques que nous avons eu à faire.

M. le professeur Renaut a eu la bonté d'accepter la présidence de notre thèse : c'est un très grand honneur qu'il nous a fait.

Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

INTRODUCTION

Nous avons intitulé notre travail : Traitement du spasme de l'œsophage par la faradisation. Il serait donc plus que rationnel de nous occuper uniquement de ce point particulier de l'étude de l'œsophagisme. Mais lorsque M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux, après nous avoir donné l'idée première de ce travail, nous a eu confié, avec une bienveillance que nous n'oublierons pas, un nombre considérable de cas (quarante-huit) auxquels nous avons pu en ajouter deux appartenant à sa clinique des maladies de la gorge et du nez de l'Hôtel-Dieu, nous avons pensé que nous pourrions en prenant dans ces observations ce que chacune nous offrait d'intéressant, essayer d'ajouter quelques éléments au chapitre de l'étiologie et de la symptomatologie : ainsi ferons-nous. Ensuite nous exposerons le traitement par la faradisation, tel que M. le Dr Garel l'emploie depuis 1894. En terminant, nous essaierons de dire comment peut-être on pourrait interpréter l'action en s'appuyant sur les connaissances récemment acquises de la physiologie.

TRAITEMENT
DU
SPASME DE L'ŒSOPHAGE
PAR LA FARADISATION

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

De l'étude clinique du spasme de l'œsophage, il ressort que cette affection ne germe que sur un terrain approprié, et n'apparaît presque toujours que sous l'influence d'une cause appréciable. Il y a donc lieu de séparer les causes prédisposantes des causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — Elles tiennent à l'état général du sujet, à son tempérament. Le spasme de l'œsophage étant lui-même dans certains cas une névrose, sera alors l'apanage de tous ces états névropathiques tels que nervosisme, neurasthénie, hypocondrie, de ces névroses telles que l'hystérie, l'épilepsie; mais tandis que l'on retrouve toujours du nervosisme chez les malades frappés d'œsophagisme, les cas ne sont pas rares où l'on ne trouve aucun des signes de l'hystérie. Comme terrain favorable à l'éclosion du

spasme, nous pouvons relever une chorée de Sydenham qui, chez une jeune fille, a précédé d'un an l'apparition de l'œsophagisme (obs. VIII).

Aux diathèses mentionnées comme causes prédisposantes : rhumatisme (Monneret), goutte (Spring), herpétisme (Romberg), nous ajouterons dans un cas la lithiase biliaire (obs. XII), dans un autre une albuminurie intermittente, dans un troisième une albuminurie dont l'apparition a coïncidé avec l'apparition du spasme (obs. XXIII).

Il ne vient aujourd'hui à personne l'idée de mettre en doute l'influence prédisposante de l'hérédité : dans un cas de Stevenson, le spasme se reproduisait de mère en fille.

Tout le monde connaît aussi le rôle important que joue l'âge dans la production du spasme œsophagien : c'est de quinze à quarante ans qu'il se montre le plus fréquemment, mais disons cependant que le relevé des observations que nous avons sous les yeux nous donne des chiffres différents : 50 malades dont 16 ont de 42 à 65 ans ; dans 2 cas seulement le diagnostic de cancer pouvait être réservé.

C'est le sexe féminin, dit-on, qui paie le plus lourd tribut à l'œsophagisme : vingt fois plus que le sexe masculin (thèse de Pflimlin, 1886). Si l'on tient compte de ces manifestations légères, de ces formes atténuées qui se traduisent par un serrement à la gorge, par une sensation de boule ou autres sensations bizarres telles que sensations d'épingles, de peau, de cheveux, de miettes de pain, c'est incontestablement la femme qui tient le premier rang.

Si, au contraire, il s'agit de véritable spasme de l'œsophage, le nombre des hommes forme une proportion tout aussi considérable que le nombre des femmes. Pour notre part, nous constatons vingt-cinq femmes et vingt-cinq hommes,

L'état social exerce, sans nul doute, une influence sur le développement du rétrécissement spasmodique : c'est dans la classe aisée que l'on a l'occasion de le constater le plus souvent ; voilà pourquoi, peut-être, l'œsophagisme encombre peu les hôpitaux ou les cliniques spéciales gratuites.

Que dire des climats et des saisons ? Peut-être n'est-ce qu'une simple coïncidence, mais il n'en est pas moins vrai que, de l'ensemble des observations qui font l'objet de notre étude, il ressort ce fait que, pendant la saison chaude de mai en septembre, le spasme s'est déclaré moins fréquemment. Mondière, d'ailleurs, avait cru pouvoir nettement imputer un cas à un climat froid.

Causes déterminantes. — Si la prédisposition individuelle existe, une cause extérieure quelconque peut donner naissance au spasme de l'œsophage. A ce propos, on a incriminé à juste titre les passions, les émotions, les peines morales touchant à l'affection ou à l'intérêt, la peur, la colère, en un mot, une émotion psychique quelconque, une auto-suggestion.

L'influence de la crainte de la rage a été tout particulièrement signalée (Serres¹, John Ferriar²) : le fait

¹ *Bibl. méd.*, t. XXXIX, p. 234.

² *Bibl. méd.* t. XLIII., p. 332.

le plus connu, au milieu de beaucoup d'autres, est celui de Barthelémy, professeur à l'école d'Alfort qui, se croyant atteint de la rage, ne put rien avaler pendant quinze jours. Nous pouvons citer l'exemple d'un homme qui, sachant que sa femme était atteinte d'une tumeur abdominale, est pris de la crainte d'une affection cancéreuse et présente les symptômes d'un rétrécissement spasmodique (Garel). Chez un autre, observé également par le Dr Garel, la cause déterminante a été la crainte d'un cancer après la lecture de livres de médecine : à côté de « l'hypocondrie rabique », on a donc, on peut le dire « l'hypocondrie cancéreuse ».

On a cité encore l'influence de la dentition (Courant), l'évolution difficile de la dent de sagesse (Paulin).

Certains médicaments peuvent encore être incriminés, en voici quelques-uns : la jusquiame (Roques) ; un émétique trop violent (Carron) ; la belladone (Jacoud, Trousseau) ; l'arsenic, les champignons (Alibert) ; des fruits de hêtre (Liebig).

L'observation I est, à ce titre, très curieuse, car ce n'est pas l'ingestion de la menthe, mais, au contraire, sa suppression qui détermine un accès d'œsophagisme. Un homme avale de l'eau phéniquée, une gorgée seulement ; il n'a pas et n'a jamais eu de douleur ; depuis ce jour, le passage d'un corps solide à travers le conduit œsophagien provoque le spasme (obs. X).

Il s'agissait d'acide sulfurique avalé dans les mêmes conditions dans l'observation de Axenfeld¹.

¹ *Union méd.*, t. XIII, 1872.

Il en faut quelquefois moins ; le simple passage du bol alimentaire suffit à lui seul pour réaliser la production d'un rétrécissement spasmodique. Combien sont-ils en effet, ceux chez qui le spasme de l'œsophage naît au milieu d'un repas ? C'est une arête de poisson, une croûte de pain qui le provoque, c'est parfois cet accident qu'en termes vulgaires on appelle « avaler de travers ». Une femme à qui nous faisons allusion pour ce dernier cas n'a pu presque rien avaler pendant trois mois (obs. XXV).

Quelquefois ce sont les liquides : chez l'un les liquides gazeux (Garel), chez d'autres les liquides alcooliques (Garel). C'est à l'occasion des liquides chauds ou froids que d'autres sont frappés d'œsophagisme. Nous avons entre les mains l'observation d'un homme qui prend du spasme de l'œsophage immédiatement après l'ingestion d'un bol de lait glacé ; quelques années plus tard, le même, à la suite d'un « coup de froid » est atteint de spasme glottique (Garel).

Signalons également l'influence déterminante des traumatismes : une femme de soixante-cinq ans est prise d'un spasme de l'œsophage après avoir fait deux chutes consécutives (obs. XVIII).

Nous devons une mention à d'autres causes de nature sympathique ; les lésions du larynx sont souvent citées. Nous notons chez un malade des angines à répétition ; chez un autre une esquinancie a été la cause provocatrice (Garel). Dans un cas cité par Joal du Mont-Dore l'œsophagisme était dû à l'hypertrophie de la quatrième amygdale.

La relation qui existe entre l'œsophagisme et cer-

taines affections des organes génitaux est bien connue : on a signalé la gestation (Riedlin); l'accouchement, la ménopause (Romberg). C'est en faisant son entrée dans la période de la ménopause qu'une femme ressent les premières atteintes du spasme œsophagien (Garel); un homme voit s'exagérer le spasme après chaque rapport sexuel (obs. III).

On a décrit de nombreux cas de spasme œsophagien d'origine gastrique Peter¹.

Deux des malades de M. le Dr Garel présentaient de la dyspepsie. D'ailleurs les cas de ce genre ne sont plus à compter.

Enfin, l'œsophagisme a été souvent mis sur le compte de l'helminthiase intestinale.

Ainsi l'étiologie du spasme de l'œsophage est remarquablement variée; nous allons voir, d'ailleurs, que l'affection dont nous esquissons quelques traits a des lignes aussi capricieuses dans sa symptomatologie que dans son étiologie.

¹ *Gaz. des hôpitaux*, 27 juin 1885.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE.

Le trait caractéristique clinique du spasme de l'œsophage est la dysphagie non douloureuse. L'instantanéité, la brusquerie avec laquelle elle s'installe est son caractère le plus fixe, le plus constant. Il n'est pas rare en effet, de la voir se produire au moment des repas : tout au moins, c'est alors qu'elle devient appréciable le plus souvent, si bien que ceux qui en sont affectés dans ces conditions croient qu'un aliment, qu'une parcelle d'aliment, que « quelque chose s'est arrêté là » dans l'œsophage. Nous avons vu des malades venir à la clinique spéciale de l'Hôtel-Dieu, demander l'ablation d'une arête de poisson, d'une croûte de pain n'existant que dans leur imagination, c'est qu'en effet, l'œsophagisme fait éprouver des sensations anormales : sensation de boule, qui monte plus souvent qu'elle ne descend, sensation d'œuf de pigeon avalé, comme disait Hoffmann, sensation de cheveux à la gorge comme nous l'avons entendu, sensation de peau assez fréquemment (Garel), sensation d'épingles en avalant (5 obs. de Dunn). Ce n'est alors que de l'œsophagisme très atténué, qui peut ne pas amener de troubles marqués dans la

déglutition. Les uns se plaignent de resserrement au niveau du pharynx, ou plus bas, ou niveau du cardia (obs. de Roux); d'autres accusent une douleur comparable à " une griffe qui les saisirait avec la rapidité de l'électricité " (Osgood¹), douleur survenant rarement au début de l'œsophagisme, mais plus tard, s'irradiant du côté de l'épigastre ou du côté de la région interscapulaire.

Il est des malades qui attirent l'attention sur une sécheresse de la bouche en même temps que sur la difficulté qu'ils ont pour avaler (obs. III); il se fait une suspension de l'action sécrétoire des glandes salivaires empêchant la lubrification du bol alimentaire. A ces caractères de la dysphagie on doit en ajouter d'autres qui sont des manifestations capricieuses de cette affection. Disons tout d'abord que, parmi les aliments, tous ne sont pas également arrêtés par le spasme. Des morceaux de pain finement coupés n'étaient avalés qu'avec peine, alors que de plus gros ne provoquaient aucun accident (Garel). Depuis trois ans la malade de l'observation XXI n'avait pu avaler de la croûte de pain. Mondière cite le cas d'une femme qui pouvait tout avaler, excepté une hostie; Zimmerman celui d'un malade qui ne pouvait avaler que le bouillon.

La température a aussi une influence marquée : les uns ne peuvent ingérer que des aliments chauds (Eselnius), d'autres que des froids (Spring, Monro). Quant aux liquides, ils provoquent généralement moins le spasme que les solides. Pourtant le spasme avait une

¹ Boston, *Journal of laryng. and. rhinol*, 1889, n° 10.

prédilection telle pour les liquides chez le malade de l'observation XII que, pour faire accepter le potage par son œsophage, il était obligé d'avoir recours à une sorte de subterfuge en y mettant quelques lamelles de pain. En revanche, dans l'observation IV, on voit que les aliments solides ne pouvaient être avalés qu'avec l'aide d'une grande quantité de liquide. La difficulté pour la déglutition de la salive est souvent le seul symptôme accusé par le malade. L'observation II se rattachant à un cas de ce genre est intéressante aussi par la réunion chez le même sujet d'un spasme œsophagien et d'un laryngo-spasme unilatéral intermittent.

Enfin, dans certains cas, le spasme est absolument infranchissable aux liquides aussi bien qu'aux solides. Il se produit alors des régurgitations pendant le repas ou quelques heures après, suivant que le rétrécissement spasmodique se trouve au niveau de la portion supérieure ou inférieure de l'œsophage et qu'il y a dilatation ou non en amont de l'obstacle.

S'il y a dilatation, les aliments ressortent plus ou moins modifiés, parfois teintés de sang (Broca, Raynaud), parfois mélangés à des mucosités abondantes, comme cela a été observé par tous les auteurs (obs. I).

Cette dysphagie est remarquablement sujette à des exacerbations subites et à des rémissions fréquentes, procédant par paroxysmes que séparent des périodes d'accalmie.

Nous savons bien que l'affection est le plus souvent passagère, qu'elle ne dépasse pas ordinairement deux ou trois mois.

Quelques observateurs seulement l'ont vue persister

pendant de longues années, vingt ans (Raynaud) : trente ans (Lassègue).

Toutefois, sans vouloir donner une statistique, voici ce que nous constatons dans les observations que nous avons entre les mains :

Chez 3 malades	le début remonte à 1 an
— 2 —	— à 2 —
— 6 —	— à 3 —
— 3 —	— à 4 —
— 1 —	— à 5 —
— 1 —	— à 6 —

Chez les autres la date du début est entre quelques jours et six mois. On pourrait rapprocher certains de ces cas de l'œsophagisme chronique décrit par Trouseau¹, Béhier², Follin. Mais ces auteurs croient que ces rétrécissements spasmodiques de longue durée ne sont peut-être pas autre chose que des poches œsophagiennes.

On comprend mieux, et c'est l'opinion qui règne aujourd'hui, que l'œsophagisme prolongé conduise lui-même à l'ectasie de l'œsophage ; encore cette ectasie ne se produit-elle que dans certaines conditions. Malgré la longue durée du spasme, la plupart du temps le bon état général se conserve. Toutefois, du fait de son retrécissement spasmodique, le malade dans certains cas serait voué fatalement à l'inanition sans le secours d'une intervention énergique et rapide. Dans

¹ *Gaz. des hôpitaux*, 1848.

² *Conf. de clin. méd.*, Paris, 1864.

les cas d'œsophagisme grave, on peut voir, en effet, le sujet se présenter avec le teint terreux, faisant songer au teint « jaune paille », sans qu'il puisse toutefois donner le change. On sera frappé peut-être de la sénilité prématurée de ces malades, ils accuseront un dépérissement, une faiblesse extrême, un amaigrissement considérable et rapide, comme chez la malade de l'observation XXV qui avait perdu 22 kilos de son poids en trois mois seulement. De l'essoufflement, des palpitations sont parfois constatées avec même un peu de suffusion séreuse aux malléoles, si bien que la première idée est que l'on est en présence d'un sujet miné par quelque diathèse grave, la tuberculose ou le cancer.

Nous serions ainsi conduit à faire le diagnostic de l'œsophagisme, mais nous nous écarterions de la ligne tracée ; nous devons donc étudier le traitement par la faradisation après avoir passé en revue les moyens thérapeutiques employés contre l'œsophagisme.

CHAPITRE III

REVUE DU TRAITEMENT DU SPASME DE L'ŒSOPHAGE

Le spasme de l'œsophage a été l'objet des médications les plus diverses, on est allé chercher dans l'arsenal thérapeutique presque tous ceux des agents qui ont une action sédative sur le système nerveux.

Percivall, Hoffman prescrivent l'assa foetida en inhalations, sous forme de vapeur. Chambon de Montaux voit réussir entre ses mains la jusquiame et la cigüe en cataplasmes. Le musc a été heureusement employé par Scalzi et par d'autres. Mondière, après avoir préconisé la belladone, conseilla le camphre. Suchet préconise à son tour les frictions d'éther et la médication opiacée. Jonhston fut plus hardi, il ne craignit pas de faire prendre XV gouttes de teinture thébaïque toutes les quatre heures, et, à la sixième dose, le spasme, des plus violents, cessa pour ne plus reparaître. Hamburger et Jaccoud donnent la belladone à l'intérieur ; ils ont pu compter des succès. L'application la plus ancienne de morphine remonte à Omboni¹, sous forme de pansement sur plaie vive de vésicatoire.

¹ *Arch. génér. de méd.*, t. XXI (1829), p. 438.

L'atropine, maniée avec précaution, a rendu des services à Jaccoud. L'acide cyanhydrique a réussi dans quelques cas (Mac Swiney). On enregistre un succès au compte de la strychnine (Mathieu)¹. Le mercure employé jusqu'à salivation a donné des succès à Brisbane. Le chloral (Comte) et le bromure de potassium (Roux) ont été vantés dans le traitement de l'œsophagisme. Roux indique le bromure comme pouvant être la pierre de touche du diagnostic.

Il fut moins heureux cependant que Gubler avec ce médicament. Son malade fut atteint de paralysie du voile et du pharynx. Foot, Clarke et Amory de Boston ont remporté à la suite des succès avec le bromure de potassium, et, depuis, il est entré dans la thérapeutique ordinaire de l'œsophagisme. La valériane est souvent employée; l'eau chloroformée rend des services; la morphine en injections sous-cutanées a parfois de grands avantages; enfin le jaborandi, dans les cas où l'œsophagisme est sous la dépendance de la sécheresse de la muqueuse buccale, sera souvent employé avec succès (obs. III). Tel est le traitement médical s'adressant au système nerveux en général.

Quant aux moyens de combattre localement le spasme, ils ne sont pas nombreux. Ce sont : la cautérisation ponctuée au-devant du cou et de la poitrine (depuis longtemps abandonnée); la teinture d'iode employée comme topique (Ancellon); les applications de belladone préconisées par Mondière. Aujourd'hui, on pourrait songer à la morphine, à la cocaïne, portées

¹ *Gaz. méd. de Lyon* (1853).

au niveau même du rétrécissement à l'aide de la sonde. Récemment, Rosenheim ⁴ a vu se dissiper les troubles d'un rétrécissement spasmodique, à la suite d'une injection d'eucaine dans le tiers inférieur de l'œsophage. Mais il arrive trop souvent que ces interventions sont infructueuses; aussi, hâtons-nous de dire qu'il en est une que l'on considère comme la médication par excellence, c'est le cathétérisme.

Vanté depuis bien longtemps par Gerbésius, Everard, Monro, Luton, Saurel, puis chaleureusement conseillé par Mondière, il est aujourd'hui l'instrument journalier des praticiens et personne n'ignore combien la liste est longue des bons services du cathétérisme.

Le nombre, la variété des instruments employés n'ont eu pour limite que l'imagination des chirurgiens; ce sont, suivant les cas: une tige servant de conducteur à une boule dilatatrice, tel le dilateur de Verneuil; des tiges de baleine munies à leur extrémité de boules d'ivoire ou de buis de diamètre croissant, qu'elles soient cylindro-coniques, ou aplaties d'avant en arrière selon la modification de Chassagny, pour éviter la compression de la trachée et l'arrêt au niveau du larynx. Velpeau eut l'idée de se servir d'une série de boules superposées par ordre de grosseur: on se sert encore de sondes œsophagiennes ordinaires, tube de Faucher, sondes de Bouchard. Richet a des bougies semblables remplies de plomb de chasse.

Enfin on a la sonde de Jaboulay, qu'on peut gonfler par insufflation une fois qu'elle a pénétré à travers le

⁴ *Méd. moderne*, 1899.

retrécissement : tous ces instruments sont destinés à faire la dilatation progressive, sans violence, la plus usitée et la moins dangereuse.

Mais veut-on faire la dilatation forcée, on peut employer les longues pinces de Broca : le dilatateur de Delore pourrait rendre les mêmes services.

Disons encore que, dans un cas d'œsophagisme symptomatique d'une lésion du larynx, siégeant sur la partie la plus élevée du conduit, Watson a pratiqué l'œsophagostomie.

L'électrothérapie a été tentée plusieurs fois avec des résultats divers.

D'abord employée sous forme de courants galvaniques par Duncan, Percivall, Hunter, Monro ; elle leur donna des résultats satisfaisants ; après eux, elle fut abandonnée.

De nouveau Gubler¹ s'en sert en 1872 pour contrebalancer chez un malade l'effet parésiant du bromure de potassium, il place l'un des pôles dans le pharynx et l'autre sur le trajet du nerf phrénique, le malade ne peut le supporter ; alors un des pôles fut appliqué sur le trajet du nerf phrénique dans la région cervicale et l'autre au creux épigastrique. Il en résulte de violentes contractions du diaphragme, produisant des éclats de rire, mais rien du côté de l'œsophage (thèse de Roux).

Gangofner relate deux succès obtenus par la galvanisation répétée ; c'est aussi à ce mode d'électrisation que Osgood de Boston a eu recours.

¹ Thèse de Roux, 1875, Paris,

Morrell Mackenzie¹ employait le courant continu galvanique lorsque les autres moyens, dit-il, ne réussissaient pas. Il se servait de l'électrode pharyngien qu'il laissait en place tant que le malade pouvait le supporter.

Brunelli² de Rome a eu recours, en 1886, dans un cas de dysphagie hystérique, d'abord aux courants faradiques : un électrode sur le trajet du pneumogastrique, l'autre tantôt à la nuque, tantôt à l'épigastre, mais la déglutition n'était à peu près normale que pendant le passage du courant : celui-ci arrêté, même à l'insu de la malade, les troubles reparaissaient. Il se servit alors des courants galvaniques : la cathode à la nuque, l'anode à l'épigastre. Dans ces conditions, dit Brunelli « la déglutition se faisait mieux, elle se faisait comme à l'état physiologique » mais cet état ne se maintenait pas.

Le massage de la région cervicale est parfois employé avec succès. Enfin, la suggestion, l'hypnotisme ont été des instruments parfois utiles. Maniés par Brothers de New-York, Scaravelli, de Renzi de Naples³ et d'autres ils ont donné des succès,

Voilà épuisée, croyons-nous, la longue série des médications dirigées contre l'œsophagisme, médications parmi lesquelles le cathétérisme tient encore le premier rang.

¹ *Traité des maladies de la gorge et du nez*, t. II.

² *Bull. d. r. accad. méd. di Roma*, XII, 1886.

³ *Revue clinique de l'Université de Naples*, 1888.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT PAR LA FARADISATION

Le mode opératoire de l'électrisation faradique, tel que M. le Dr Garel l'emploie, peut être décrit comme il suit : Le malade est placé debout ou assis sur une chaise, le col du vêtement grandement ouvert, la tête rejetée en arrière, le cou tendu. Les électrodes employés ont leur extrémité formée d'olives métalliques *non recouvertes de peau de chamois*. Ils sont portés chacun sur un côté de la région autéro-latérale du cou.

On procède par frictions de haut en bas, de temps en temps seulement par une sorte de tamponnement, sans dépasser en arrière le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et de son chef sternal ; en haut, l'angle du maxillaire inférieur ; en bas, on arrive jusqu'à la base du cou : c'est la faradisation externe ou percutanée. Comme première tentative, on fait une séance d'une à deux minutes. Le succès parfois ne se fait pas attendre, mais à une condition, c'est que l'intensité du courant soit suffisante. En donner la mesure serait difficile, il faudrait un « appareil semblable à un milliampèremètre, se plaçant dans le circuit et facile à lire » (Bordier). Pratiquement on peut doser, pour ainsi dire, la faradisa-

tion d'après la sensibilité du malade ; il arrive souvent qu'au début de la séance, bien qu'on fasse passer un courant d'une force donnée, le malade n'en accuse pas la sensation : cela tient à la résistance de l'épiderme qui va en s'atténuant, de sorte qu'il ne faudra pas augmenter trop brusquement, au début, le courant faradique.

La faradisation interne ou intra-pharyngée se fait à l'aide de l'électrode pharyngien, long de 15 centimètres environ, à branches réunies mais parfaitement isolées, libres à leur extrémité, ayant une courbure à rayon plus grand que les instruments servant pour le larynx, rappelant la courbure des pinces pour les corps étrangers de l'œsophage. L'appareil est monté sur un manche de galvanocautère ; on le promène sur les parois du pharynx.

Le courant faradique, dans cette méthode, sera d'une intensité plus faible que dans la méthode précédente, à cause de la conductibilité toute particulière des tissus humides et du rapprochement des pôles.

Résultats.

La méthode de la faradisation dans le traitement du spasme de l'œsophage a donné les résultats les plus satisfaisants.

Pour en avoir une preuve, il suffit de savoir que les vingt-sept observations que nous rapportons de M. le Dr Garel ne sont pas le résultat d'un choix fait parmi les plus intéressantes, mais bien la série complète de tous les cas d'œsophagisme rencontrés depuis 1894

jusqu'à aujourd'hui. Tous ont été traités par la faradisation et tous peuvent être comptés comme des succès, deux exceptés. Chez le jeune malade de l'observation XVII, la cause de l'insuccès a échappé totalement ; c'était un néoplasme, le temps l'a démontré, chez l'homme de l'observation IX.

Le spasme essentiel a toujours cédé, en effet, à l'action des courants induits, instantanément et après une seule tentative. L'agent qui provoquait la constriction de l'œsophage a toujours été avalé immédiatement après, avec une facilité très grande. Que les électrodes soient portés sur la région cervicale ou dans le pharynx lui-même, le résultat paraît être le même ; cependant, disons en passant, que dans un cas (obs. XIII), le spasme a cédé plus vivement à la faradisation intra-pharyngée qu'à la faradisation percutanée.

Mais cette guérison, si instantanée, si complète, est-elle définitive ? Chez un malade (obs. VII), revu neuf mois après, le spasme ne s'était pas remontré. La malade de l'observation XXV a passé quinze jours absolument libre des atteintes du spasme. La récédive n'a eu lieu qu'un mois après chez le malade de l'observation XXII. Chez quelques-uns on note des récédives quelques jours après, récédives qu'une nouvelle faradisation faisait disparaître à nouveau. D'autres n'ont pas été revus. Si l'on était quelque peu optimiste, on pourrait dire qu'il est à croire que quelques-uns de ceux-là ont été complètement guéris, mais nous ne voulons pas voir dans la faradisation une médication si merveilleuse qu'elle empêcherait à jamais le retour du

mal. Nous dirons, au contraire, qu'avec la faradisation il faut avoir la même ligne de conduite qu'avec le cathétérisme : recommencer la faradisation si le spasme reparait.

Avantages de la faradisation.

La faradisation est une arme de même nature que le cathétérisme, mais ayant des avantages, du moins nous semble-t-il, plus appréciables.

Ne se présentant pas sous l'aspect d'une opération, toujours effrayante aux yeux des malades, elle est, en général, mieux acceptée de ceux-ci et mieux supportée.

Le diagnostic étant établi, on peut toujours faire la faradisation, on ne peut pas toujours faire le cathétérisme. Aujourd'hui, l'obstacle est si résistant qu'on n'ose le franchir, il faudrait agir de force et, par conséquent, s'exposer à commettre quelque lésion grave. Dans ce même cas, la faradisation triomphera de l'élément spasmodique. Plus grands encore sont les avantages dans certains cas. Est-ce un rétrécissement, spasmodique ou non, avec lésion cancéreuse? Est-ce un rétrécissement spasmodique idiopathique? Si la réponse est parfois facile, il n'en est pas toujours ainsi. On a souvent des raisons sérieuses de douter. Plongera-t-on alors dans l'œsophage un cathéter avec l'espoir de ramener quelques débris, dont l'examen microscopique fera reconnaître la nature

Certes, cette opération n'est pas sans danger : les fausses routes, les ruptures de la paroi œsophagienne dégénérée ne sont pas si rares qu'il ne faille pas avoir

à craindre la perforation des organes de voisinage, plèvre, péricarde ou gros vaisseaux. Aucun de ces dangers n'est à craindre avec la faradisation.

Bien plus : la faradisation peut éclairer le diagnostic. On faradise, par exemple, un malade se plaignant de dysphagie. Il ressent immédiatement une amélioration et croit pouvoir avaler. Il essaie, quelque chose le gêne encore et, quelques minutes après, ce sont les mêmes vomissements qu'auparavant : voilà le pseudo-spasme du cancer. Si la faradisation échoue, ou n'amène qu'une amélioration, comme dans l'observation IX, l'idée doit venir d'un spasme surajouté à une lésion néoplasique de l'œsophage ; on songera aussi à la tuberculose, quoique rare (Mazotti).

Si, au contraire, la faradisation est suivie d'une disparition nette de la contraction, on aura très certainement affaire à un spasme idiopathique ou sympathique. Elle permettra donc d'ajouter un signe aux signes existant déjà, moins sûr que celui du cathétérisme, il est vrai, pour diagnostiquer une tumeur maligne, mais suffisant et moins dangereux.

Le cathéter nous renseigne sur le siège de l'obstacle ; mais quand il s'agit d'un rétrécissement spasmodique, à quoi nous sert d'en reconnaître la place ? D'ailleurs, à ce point de vue, le cathétérisme n'est pas à l'abri de toutes les erreurs. Il faut compter avec l'épaississement du cartilage cricoïde, comme l'a fait remarquer Kœnig, avec les tumeurs du médiastin, l'anévrysme de l'aorte, les tumeurs ganglionnaires ou abcès ossifluents et d'autres causes d'erreur encore.

Il arrive que la première exploration de cathété-

risme n'ayant pas réussi, on ne parvient à faire pénétrer la sonde qu'à la deuxième, la troisième, la quatrième exploration ; il est à remarquer, au contraire, que le spasme, lorsque de par sa nature il devait céder, a cédé dans tous les cas à la première tentative de faradisation.

Enfin, le cathétérisme, s'il doit être répété, même sans fausse route, expose, comme l'a mentionné Billroth, à la formation d'abcès péri-œsophagiens, tandis qu'il n'y a, ce nous semble, aucun inconvénient à répéter la faradisation.

Toutefois, cette méthode, avec les avantages que nous croyons avoir fait ressortir, est loin d'exclure le traitement des maladies causales, qui seront, au contraire, le but de tous les efforts.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous allons citer, résumées et inédites, appartiennent à M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux. Elles ont trait, sauf les observations I, II, III, spécialement au traitement par la faradisation.

OBSERVATION I

M. B..., adulte, 8 août 1889. — A eu, il y a deux ans, des vertiges d'origine stomacale. Actuellement, véritable passion pour les pastilles à la menthe : en a constamment dans la bouche au point d'en consommer 3 kilos par mois. La suppression de ces pastilles fait assister séance tenante à un accès de spasme œsophagien avec vomissements glaireux incoercibles.

Traitement : badigeonnage à la cocaïne, fait cesser le spasme instantanément. Dix minutes après, récidive. Puis, nouvelle cessation du spasme paraissant se maintenir.

OBSERVATION II

M^{me} F. cinquante ans, 29 avril 1892. — Migraines fréquentes antérieurement. Depuis six mois gêne dans la déglutition de la salive. De temps en temps la voix s'éteint en grande partie.

A l'examen laryngoscopique, on voit la corde droite s'écarter moins que la corde gauche et rester par intervalle près de la ligne médiane. Cathétérisme fait sentir un rétrécissement spasmodique.

OBSERVATION III

M. D. adulte, 29 septembre 1881. — Se plaint de gêne de la déglutition. Début remonte à huit jours brusquement pendant qu'il était en bateau sur la Saône. Se plaint également de sécheresse de la bouche, à laquelle il rapporte la gêne de la déglutition. Présente des angines à répétition. Rien au larynx, rien à l'œsophage.

Traitement : Infusion de 2 grammes de feuilles de Jaborandi.

6 octobre. — Grande amélioration ; sécheresse de la bouche et de la gorge a complètement disparu.

29 avril 1889. — Le spasme ne se montre qu'assez rarement. Les rapports sexuels le provoquent ou l'exagèrent.

OBSERVATION IV

M^{me} S., vingt-sept ans, 22 août 1894. — Ne peut rien avaler, sans boire en même temps une quantité considérable d'eau. Cet état dure depuis trois ans, époque où de grandes peines l'ont affectée.

Faradisation sur le cou rend immédiatement la déglutition facile d'un morceau de pain, sans qu'elle ait besoin de boire.

OBSERVATION V.

M^{me} P., adulte, 25 août 1894. — Présentant de la toux nerveuse. Signes de rhumatisme dans articulation du genou droit. Peut avaler les corps solides, mais les liquides sont déglutis avec une très grande difficulté.

Faradisation externe : boit immédiatement très facilement.

OBSERVATION VI

M^{me} D., soixante-deux ans, 27 mai 1895. — Depuis trois mois difficulté pour avaler surtout les solides. Amaigrissement considérable.

Faradisation : peut avaler immédiatement.

OBSERVATION VII

M. L., trente-six ans, 28 mai 1895. — Depuis un mois n'avale plus de solides.

Faradisation intra-pharyngée : déglutition des solides est immédiatement possible.

OBSERVATION VIII

M^{lle} Ch., dix-huit ans, 5 septembre 1895. — Scarlatine à l'âge de quatre ans. Rhumatisme léger un peu plus tard. Chorée à l'âge de treize ans. Actuellement, sensation de boule. Depuis trois ou quatre ans, grande difficulté pour avaler les solides. Y parvient néanmoins avec effort.

Faradisation la déglutition est rendue facile.

22 mai 1896. — Spasme n'a pas reparu.

OBSERVATION IX

M. J., cinquante et un ans, 6 novembre 1895. — Œsophagisme sans prédilection pour tel ou tel aliment depuis le mois de juin 1895.

Faradisation : amélioration mais non disparition des phénomènes spasmodiques.

15 novembre 1895. — Nouvelle faradisation qui

échoue complètement ; cocaïne permet de passer la sonde.

2 décembre 1895. — Insuccès de la faradisation et de la cocaïne. Suspect au point de vue néoplasme.

OBSERVATION X

M. B., trente-deux ans, 12 novembre 1895. — Il y a trois mois a bu par mégarde une simple gorgée d'eau phéniquée. Depuis cette époque ne peut plus avaler de solides sans avoir du spasme.

Pas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Une olive de gros diamètre passe facilement.

Faradisation : immédiatement un gros morceau de pain peut être avalé sans provoquer de spasme.

OBSERVATION XI

M. Z., trente-six ans, 25 novembre 1895. — Début il y a cinq ans. Difficulté pour avaler les liquides ; les solides passent mieux. Se porte mieux en été, alors qu'il est obligé de faire des courses.

Faradisation et massage : aussitôt avale facilement.

OBSERVATION XII

M. P., cinquante-neuf ans, 29 mai 1896. — Antécédents : dyspepsie, coliques hépatiques.

Depuis deux mois prend du spasme à la moindre gorgée de liquide. Peut avaler tous les aliments solides. Le potage passe, mais à condition d'être au pain. Rien au larynx.

Faradisation : aussitôt avale un grand verre d'eau comme il ne se souvenait pas l'avoir fait depuis deux mois.

2 juin 1896. — Récidive deux jours après la première faradisation. Nouvelle faradisation, même succès.

OBSERVATION XIII

M^{me} P., quarante-six ans, 3 mai 1896. — Epingle avalée il y a quatre ans. Depuis cette époque œsoplagisme très marqué pour les solides.

Faradisation, d'abord externe puis interne :

Peut avaler un morceau de pain immédiatement après.

OBSERVATION XIV

M. M..., dix-sept ans, 19 mai 1896. — Névropathe. Végétations adénoïdes assez volumineuses surtout à gauche. Depuis six mois n'a pas mangé de pain.

Faradisation : avale un morceau de pain de suite après.

OBSERVATION XV

M^{me} B..., trente-cinq ans, 19 mai 1896. — Nervosisme. Grande gêne pour avaler, surtout les aliments solides.

Faradisation : immédiatement peut manger sans difficulté.

OBSERVATION XVI

M. B..., trente-quatre ans, 26 décembre 1896. — Neurasthénie et dyspepsie. Ennuis d'affaires, surmenage. Actuellement, phénomènes neurasthéniques sont moins nets. Il y a deux ans qu'il ne peut pas manger de pain sec. Son régime habituel, depuis un an, se compose de farine lactée et de jus de viande ; quelquefois un peu de poulet bien mastiqué, qui passe, d'ailleurs, mal. Il se fait alors des régurgitations partielles par voie buccale et voie nasale.

Faradisation externe : peut avaler un morceau de pain sec immédiatement, sans boire.

OBSERVATION XVII

M. S..., dix-neuf ans, 6 janvier 1897. — Scarlatine à l'âge de trois ans ; diphtérie consécutive. A été traité pour incontinence d'urine diurne et nocturne. Depuis un mois, déglutition des solides très difficile.

Faradisation : sans succès.

OBSERVATION XVIII

M^{me} C..., soixante-cinq ans, 9 avril 1897. — Il y a quinze jours, la malade a fait deux chutes consécutives. Depuis ce moment, grande difficulté pour avaler les solides aussi bien que les liquides.

Faradisation sur le cou : déglutition immédiatement sans difficulté.

OBSERVATION XIX

M^{lle} P..., vingt-cinq ans, 11 juin 1897. — Depuis deux mois ne peut pas avaler d'aliments solides.

Faradisation : peut avaler du pain immédiatement après.

OBSERVATION XX

M. E..., cinquante et un ans, 27 août 1897. — Antécédents névropathiques. A lu des livres de médecine qui lui ont inspiré une terreur profonde du cancer de la gorge. Epreuve une gêne plutôt qu'une douleur pendant la déglutition des solides ou des liquides.

Faradisation : spasme disparaît immédiatement.

OBSERVATION XXI

M^{me} C..., trente-huit ans, 16 novembre 1897. — Antécédents névropathiques. Depuis quatre ans a de la difficulté pour avaler les solides et spécialement la croûte de pain.

Faradisation : peut avaler aussitôt après de la croûte de pain.

OBSERVATION XXII

M. F..., adulte, 16 décembre 1897. — Troubles nerveux depuis deux ans. Œsophagisme très marqué pour les aliments et les boissons, mais surtout pour les boissons. Depuis quinze jours ne mange presque rien. A peine peut-il prendre un peu de lait. Amaigrissement très notable.

Faradisation : mange de suite, prend son repas du soir sans difficulté.

17 novembre. — Le repas de ce matin n'a pas provoqué de spasme. Seconde séance de faradisation.

18 décembre. — Récidive hier soir.

OBSERVATION XXIII

M^{me} C..., trente et un ans, 7 décembre 1899. — Très nerveuse mais aucun symptôme de l'hystérie. Goître plongeant, mais déformant peu la trachée.

Bougie de gros diamètre passe avec une simple résistance au niveau de la portion supérieure de l'œsophage.

Albuminurie depuis un mois : œsophagisme exactement depuis cette époque. Il lui arrive parfois de ne pouvoir avaler ni liquides, ni solides; parfois elle le peut, mais fort lentement.

Faradisation : avale sans difficulté.

OBSERVATION XXIV

M^{me} G..., trente-neuf ans, 28 mars 1900. — Antécédents névropathiques. Gêne de la déglutition depuis trois ans. Ne peut plus avaler les aliments solides depuis quinze jours. En est réduite à ne prendre que des liquides. Amaigrissement très marqué. Sonde œsophagienne passée précédemment n'a été arrêtée en aucun point du conduit.

Faradisation : peut avaler immédiatement du pain.

6 avril. — Récidive; nouvelle faradisation suivie d'un nouveau succès.

OBSERVATION XXV

M^{me} B..., quarante-huit ans, 18 janvier 1900. — Depuis deux ans, troubles de la ménopause : menstruation irrégulière et pertes. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Il y a trois mois, en mangeant du pain, elle « avale de

travers », et depuis ce moment la déglutition est impossible. Se plaint en même temps de sécheresse de la muqueuse buccale. A perdu 22 kilogrammes en trois mois : antérieurement, son poids était de 99 kilogrammes.

Voici son régime ou plutôt la quantité d'aliments et de boissons prise pendant les trois mois : une douzaine d'œufs ; un seul paquet de tapioca de 60 centimes ; 4 litres de lait. Elle n'avait d'ailleurs pas soif ; quelques gorgées d'eau lui suffisaient.

Hier, 17 janvier, chute avec perte de connaissance et contractures du membre supérieur. Aujourd'hui, rien n'est apparent.

Faradisation : avale de suite un morceau de pain sans difficulté.

26 juin 1900. — La malade raconte que, du 18 janvier au 5 février, le spasme n'a pas reparu. Son poids a augmenté pendant ce temps, de 2 kg. 50. Puis les récidives et les périodes d'accalmie se sont succédé de quinze en quinze jours environ.

La malade s'électrise elle-même. Le cathétérisme est pratiqué de temps en temps. Jamais il n'a révélé une lésion organique de l'œsophage, pas plus qu'on ne trouve les signes d'un néoplasme stomacal ou intestinal. La malade, quoique n'augmentant pas de poids, conserve intégralement ses forces.

OBSERVATION XXVI

M. F..., quarante-deux ans, 22 janvier 1900. — Accès de suffocation à Lamalou, il y a trois mois. En

même temps, a éprouvé une gêne considérable pour avaler. Hier, il a été obligé d'interrompre son repas. Idées noires. Peur d'un cancer.

Amaigrissement très appréciable.

Ni sucre. ni albumine.

Faradisation : disparition instantanée de la contraction œsophagienne.

OBSERVATION XXVII

M^{me} D..., trente-deux ans, 6 juin 1900. — Brusquement, il y a deux mois, a été prise de constriction à la gorge en mangeant un morceau de pain. Actuellement, la déglutition des aliments solides est impossible : il y a eu cependant, durant quelques jours, une période d'amélioration spontanée.

Faradisation : avale immédiatement un gros morceau de pain.

OBSERVATION XXVIII

M. F..., quatorze ans, 9 juin 1900. — Pas de troubles nerveux apparents. Début d'œsophagisme remonte à un an. Aggravation depuis trois semaines. Ne peut prendre actuellement que des liquides.

Faradisation : peut manger immédiatement sans spasme.

OBSERVATION XXIX

Clinique des maladies de la gorge et du nez
de M. le D^r Garel.

M^{me} J..., trente-deux ans, 21 mai 1896. — Nervosisme. N'a jamais avalé de liquide caustique. Depuis le mois de décembre, impossibilité d'avaler les aliments solides. Ne prend qu'une alimentation liquide. Sonde œsophagienne passe facilement. Rien au larynx, légère pharyngite, goitre.

Faradisation : déglutition se fait immédiatement, très facilement.

OBSERVATION XXX

Clinique des maladies de la gorge et du nez,
de M. le D^r Garel (Hôtel-Dieu).

M^{lle} J..., vingt-huit ans, 30 janvier 1900. — Depuis huit jours, extrême difficulté pour émettre les sons. Pas de paralysie des cordes : aphonie nerveuse.

23 juin. — Il y a quinze jours, mort d'une sœur. Le lendemain, serrement à la gorge, puis quelques jours après, subitement, au milieu d'un repas, œsophagisme pour les liquides et les solides. Amaigrissement considérable.

Faradisation : peut avaler un morceau de pain de 100 grammes environ.

26 juin. — La malade n'a pas eu de récédive; elle peut avaler très facilement.

CHAPITRE VI

Quelle explication peut-on donner de ce fait clinique répété un nombre considérable de fois, incontestable, à savoir : que la décontracture de l'œsophage suit immédiatement la faradisation? Il en est une facile, c'est la suggestion.

Chez certains neurasthéniques ou hystériques on ne peut pas nier que les actions psychiques réflexes n'interviennent parfois dans les résultats obtenus : on connaît des cas, où une émotion vive a suffi pour amener la cessation brusque du spasme ou une amélioration spontanée. Tout le monde sait combien la confiance du malade est un élément précieux, presque indispensable en matière de suggestion. Mais, ici, comment pourrait-il en être question à propos de malades qui ne savaient pas ce qu'on allait leur faire, à qui personne n'avait vanté préalablement la faradisation comme une médication sûrement efficace?

Brunelli, d'ailleurs, ayant fait une expérience clinique, dit que lorsque, même à l'insu de la malade, il apportait des modifications dans le mode opératoire : diminution d'intensité du courant ou suppression complète, changement de forme du courant (galvanique ou faradique),

déplacement des pôles, il se faisait simultanément des modifications dans la déglutition.

Il semble donc bien qu'il faudrait être un partisan à outrance de la suggestion pour ne pas en repousser l'action. Au contraire, il suffit d'avoir vu une fois un malade atteint d'œsophagisme, pouvoir déglutir immédiatement après la faradisation pour être convaincu qu'elle a une action propre, curative sur l'élément spasmodique. Voilà pourquoi nous avons eu envie d'interroger les physiologistes à ce sujet.

Laissons parler Kronecker¹ : « Si on tétanise chez des chiens, à l'aide de courants induits, le glosso-pharyngien, on ne peut provoquer de déglutitions, ni en versant de l'eau dans la bouche, ni en irritant les nerfs laryngés supérieurs. Chez le lapin, il est facile de démontrer qu'en irritant le nerf laryngé supérieur et immédiatement après le premier acte de la déglutition, le glosso-pharyngien, l'œsophage reste au repos. » Le glosso-pharyngien provoque donc par voie réflexe l'arrêt d'une déglutition et la décontracture de l'œsophage. Il en est le nerf inhibiteur comme l'avait déjà découvert Meltzer.

On pourrait donc se demander si les courants induits portés au niveau du cou, dans cette région que nous avons limitée, répondant exactement aux parois latérales du pharynx, ne vont pas, à travers la couche musculaire qui les en sépare, irriter les terminaisons du glosso-pharyngien dans la muqueuse du pharynx. Nous aurions une grande tendance à le croire, à cause des résultats cliniques analogues que l'on obtient par la faradisation

¹ *Journal de physiologie* (1900).

percutanée et la faradisation intra-pharyngée. Car, si dans la première l'excitation du glosso-pharyngien est douteuse, il est certain que dans la seconde elle l'est moins. L'électrode pharyngien, d'une longueur telle qu'il serait difficile de le porter plus bas que la limite inférieure du pharynx, se trouve à ce niveau en contact avec les terminaisons sensibles de la neuvième paire.

Voilà pourquoi peut-être, dans un cas (obs. XIII), la cessation du spasme, qui semblait se faire attendre après la faradisation du cou, a suivi immédiatement la faradisation intra-pharyngée. M. le Dr Garel ne s'est pas servi souvent de ce dernier mode d'électrisation, n'ayant eu qu'à se féliciter du premier. Morrell Mackenzie y avait recours chaque fois, dit-il, que les autres moyens lui étaient infidèles.

On pourrait encore concevoir, par analogie avec ce qui se passe notamment pour l'estomac (Morat, Doyon¹), qu'il existe des fibres d'arrêt — pour l'œsophage — mêlées aux fibres motrices, dans le tronc du vague et que ces fibres soient excitées lors de la faradisation du cou. Mais on ne trouve nulle part aucun fait expérimental démontrant l'existence de ces fibres d'arrêt pour l'œsophage.

Cliniquement même, Brunelli, qui a cherché à exciter le vague par les courants faradiques, n'a eu que des résultats peu satisfaisants : la déglutition n'était normale que pendant le temps de l'excitation.

Il semble donc plus rationnel, d'après les connais-

¹ *Arch. de physiol.* 1895.

sances physiologiques actuelles, suivant la pensée de M. le professeur agrégé Doyon, d'interpréter la cessation du spasme œsophagien par une action réflexe, dont l'excitation du glosso-pharyngien constitue un exemple; néanmoins, il est possible que d'autres nerfs sensitifs agissent de même.

CONCLUSIONS

I. L'œsophagisme, affection passagère et bénigne le plus souvent, est parfois une affection grave, de longue durée, réclamant une intervention énergique et rapide.

II. Le cathétérisme est une méthode ordinairement longue, pénible, parfois dangereuse, surtout dans les cas où elle est employée comme moyen de diagnostic.

III. La faradisation est une méthode plus rapide, mieux supportée, n'offrant aucun danger, et qui peut mettre sur la voie du diagnostic dans les cas où le spasme résiste à son action.

IV. L'action de la faradisation trouve *peut-être* une explication dans une action réflexe, dont l'excitation du glosso-pharyngien constitue un exemple.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RENAUT.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu et permis d'imprimer ;

Lyon, le 4 juillet 1900,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

